BAHNER ▪

fachanwaltskanzlei heidelberg
arzt | medizin | gesundheitsrecht

| BAHNER ▪ kanzlei | voßstr. 3 | 69115 heidelberg

Das nachfolgende Rechtsgutachten ist zur eigenen Verwendung und Weiterleitung von Rechtsanwältin Beate Bahner ausdrücklich freigegeben

beate bahner

fachanwältin für medizinrecht
mediatorin im gesundheitswesen
fachbuchautorin im springerverlag

vertretung | beratung | verträge

www.beatebahner.de

05.01.2022

Rechtsgutachten

zur Untauglichkeit des PCR-Tests, eine akute Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus nachzuweisen

Das Rechtsgutachten wurde erstellt durch **Beate Bahner, Fachanwältin für Medizinrecht** und **Fachbuchautorin** unter anderem des Buches „Corona-Impfung: Was Ärzte und Patienten unbedingt wissen sollten“

Abkürzungsverzeichnis

CoV	Corona Virus Disease (Corona-Virus-Krankheit)
CT	cycle threshold (Zyklus-Schwelle)
EMA	European Medicines Agency
FDA	Food and Drug Administration (US-Behörde für Lebens- und Arzneimittel)
ff.	fortfolgende
IfSG	Infektionsschutzgesetz
i.S.d.	Im Sinne des
i.V.m.	in Verbindung mit
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
PCR	polymerase chain reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
RKI	Robert-Koch-Institut
RL	Richtlinie
SARS	severe acute respiratory syndrome (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Inhaltsverzeichnis

1. Der PCR-Test kann akute Infektionen nicht nachweisen

1.1 Möglichkeiten und Grenzen des PCR-Tests

Der PCR-Test ist ein geniales und nobelpreisgekröntes Diagnoseinstrument.

Er ist allerdings **nicht imstande**, ein **vermehrungsfähiges** Virus nachzuweisen, weil er nicht zwischen **vermehrungsfähigem** und nicht vermehrungsfähigem Agens im Sinne des § 2 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (im Folgenden IfSG) unterscheidet. Der PCR-Test ist lediglich geeignet für den Nachweis winzigster Virus**partikel oder toter Virusreste**, nicht jedoch für den zuverlässigen und alleinigen Nachweis eines vermehrungsfähigen, also lebenden Virus und damit einer akuten **Infektion** i.S.d. § 2 Nr. 1 und § 2 Nr. 5 IfSG.

1.2 Infektion ist die Aufnahme eines Krankheitserregers, § 2 Nr. 2 IfSG

Der Begriff „**Infektion**" ist in § 2 Nr. 2 IfSG definiert: Danach ist eine Infektion

> *„die **Aufnahme eines Krankheitserregers** und seine nachfolgende Entwicklung und Vermehrung im menschlichen Körper".*

Der Begriff „**Krankheitserreger**" ist in § 2 Nr. 1 IfSG definiert:

> *Im Sinne dieses Gesetzes ist Krankheitserreger:*
> *ein **vermehrungsfähiges** Agens (**Virus**, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen **eine Infektion** oder **übertragbare Krankheit verursachen kann**,*

Der Begriff „**übertragbare Krankheit**" ist in § 2 Nr. 3 IfSG definiert: Danach ist eine übertragbare Krankheit

> *eine durch **Krankheitserreger** verursachte Krankheit.*

1.3 Kein zulässiger Einsatz des PCR-Tests bei gesunden Menschen

Der PCR-Test ist im Übrigen bei **gesunden Menschen** nur für Forschungszwecke und gerade **nicht für diagnostische Zwecke zugelassen**. Es ist also bereits unzulässig,

Millionen **gesunde** Bürgerinnen und Bürger überhaupt einem PCR-Test zu unterziehen.

Beweis: Hinweis auf Testkit von RealStar SARS-CoV-2 RT-PCR Kit 1.0 als

Anlage 1.

1.4 Nobelpreis für den Erfinder des PCR-Tests

Kary Banks Mullis (geb. 28.12.1944 in North Carolina, verstorben am 7.8.2019 in Kalifornien) war ein US-amerikanischer Biochemiker. Er erhielt im Jahr 1993 den Nobelpreis für Chemie (gemeinsam mit Michael Smith) für die Entwicklung der Polymerase-Kettenreaktion (PCR) zehn Jahre zuvor. Die PCR entwickelte sich rasch zu einer der wichtigsten Methoden der modernen Molekularbiologie.

Die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) basiert nach dem Prinzip von „Trennen, Koppeln und Kopieren“ auf der **zyklisch wiederholten Verdoppelung von DNA** mit Hilfe einer thermostabilen DNA-Polymerase und Nukleotiden. Kary Mullis:

> *»Es war ein Geistesblitz – bei Nacht, unterwegs auf einer mondbeschienenen Bergstraße, an einem Freitag im April 1983. Ich fuhr gemächlich mit meinem Wagen zu den Mammutbaumwäldern im Norden Kaliforniens, als aus einem unglaublichen Zusammentreffen von Zufällen, Naivität und glücklichen Irrtümern plötzlich die Eingebung kam: zu jenem Genkopierverfahren, das heute als Polymerase-Kettenreaktion (englisch polymerase chain reaction oder kurz PCR) bekannt ist. Ausgehend von einem einzigen Molekül der Erbsubstanz DNA kann man damit an einem Nachmittag 100 Milliarden Kopien des gewünschten Abschnitts erzeugen – und alles ohne großen Aufwand: Man braucht nur ein Reagenzglas, ein paar Zutaten und eine Wärmequelle. Die zu kopierende DNA muss nicht einmal in gereinigter Form vorliegen; ein Quentchen davon in einem hochkomplizierten Gemisch biologischer Substanzen genügt. Sie kann aus der Gewebeprobe eines Kranken stammen, aber auch aus einem einzigen menschlichen Haar, einem eingetrockneten Blutstropfen am Ort einer Gewalttat, einem mumifizierten Gehirn oder einem 40000 Jahre alten Mammut, das im Dauerfrostboden leidlich konserviert worden ist.«*

Beweis: Kary B. Mullis: Eine Nachtfahrt und die Polymerase-Kettenreaktion (Spektrum der Wissenschaft Juni 1990)

abrufbar unter: https://www.spektrum.de/magazin/eine-nachtfahrt-und-die-polymerase-kettenreaktion/944869

In einem Satz dieser Erzählung sind wesentliche Eigenschaften der PCR genannt: Es reicht ein Minimum an Ausgangsmaterial und die Methode ist eine **gewaltige Vervielfältigungsmaschine**. Kurz gesagt lässt sich damit die sprichwörtliche **Stecknadel im Heuhaufen** finden, konkret ein einziges Molekül in einer Probe.

In einigen Stunden lässt sich dieses Molekül um den Faktor 100.000.000.000 vervielfältigen – genau genommen ist es ein Abschnitt davon, von dem aus auf die Anwesenheit des ganzen Moleküls rückgeschlossen wird. Kary Mullis erhielt für seinen Geniestreich 1993 den Nobelpreis.

Weitere Informationen zum PCR-Test finden sich im Buch „**Das PCR-Desaster - Genese und Evolution des »Drosten-Tests**«“, Thomas Kubo Verlag, Münster.

1.5 Die Vervielfältigung / Zyklenzahl

Die DNA in der Probe wird in jedem Arbeitsschritt verdoppelt, der Anstieg ist exponentiell. Wenn man von einem einzigen Genabschnitt ausgeht, hat man nach einem Zyklus schon zwei davon, und da in jedem Zyklus weiter verdoppelt wird, hat man nach:

10 Zyklen = 1.024 = ca. 1 Tausend

20 Zyklen = 1.048.576 = ca. 1 Million

30 Zyklen = 1.073.741.824 = ca. 1 Milliarde

35 Zyklen = 34.359.738.368 = ca. 35 Milliarden

40 Zyklen = 1.099.511.627.776 = ca. 1 Billion

45 Zyklen = 35.184.372.088.832 = ca. 35 Billionen

50 Zyklen = 1.125.899.906.842.624 = ca. 1 Billiarde

Die entscheidende Frage ist: Wann hört man auf? Die PCR liefert keine abgegrenzten Ergebnisse in JA oder NEIN, sondern es gibt erst einen Bereich ohne Reaktion, in dem noch kein Farbstoff gemessen wird, dann gibt es einen Zwischenbereich, in dem mehr oder weniger der Anstieg des Farbstoffs zu beobachten ist, bis die Kurve früher oder später ein Plateau erreicht.

Es muss folglich begründet werden, bei welcher Anzahl von Zyklen man ein aussagekräftiges Ergebnis bekommt, das nicht in den Messbereich fällt, in dem es aus technischen Gründen Störsignale und unspezifische Reaktionen gibt, also immanent falsch-positive Ergebnisse.

Außerdem muss es einen **Bezug zur klinischen Relevanz** geben, und da kann es **nicht** um das **bedeutungslose Auffinden der »Nadel im Heuhaufen«** gehen. Einereine Festlegung reicht nicht aus, das muss nachvollziehbar bestimmt werden, die Begründung für die **Obergrenze** muss also vernünftig und verbindlich sein.

Der **Kanadier David Crowe** brachte das Problem so auf den Punkt:

*»Also, wenn man **bei 20 aufhören** würde, wäre **jeder negativ**.*
*Würde man **bei 50 aufhören**, könnte **jeder positiv** sein.«*

Zitat von David Crowe in Celia Farber: The Corona Simulation Machine: *Why the Inventor of The »Corona Test« Would Have Warned Us Not To Use It To Detect A Virus* (7.4.2020),

abrufbar unter: https://uncoverdc.com/2020/04/07/was-the-covid-19-test-meant-to-detect-a-virus/.

Die meisten Tests werden noch immer mit **mehr als 35 Zyklen** durchlaufen, damit kann man jede Stecknadel im Heuhaufen finden, auch kleinste “Virusschnipsel” aller möglichen Viren, eben auch **Schnipsel des SARS-CoV-2-Virus**.

2. Das Robert-Koch-Institut zum PCR-Test

2.1 Die klare Aussage des Robert-Koch-Instituts im Bulletin 39/2020

Die Aussagelosigkeit des PCR-Tests wird vom Robert-Koch-Institut selbst bestätigt, auf welches sich die Gerichte stets berufen: Das RKI stellt fest, dass der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms **keinen** unmittelbaren **Beleg der Ansteckungsfähigkeit** eines Patienten darstellt.

> *Als Goldstandard der Virusdiagnostik kann die PCR-Untersuchung mit hoher Präzision und* ***niedrigen Nachweisgrenzen*** *für genomische SARSCoV-2-****RNA*** *in klinischen Proben gelten.* ***Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt allerdings keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar****, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist. In-vitro-Daten weisen auf ein Verhältnis von 10:1 bis 100:1 zwischen genomischer RNA und infektiösen Viruspartikeln hin.*

Beweis: RKI Epidemiologisches Bulletin 39/2020 vom 24. September 2020, S. 8. als

Anlage 2.

Dies soll nochmals verdeutlicht werden: Ein PCR-Test kann zwar ein Genom nachweisen (RNA), nicht jedoch infektiöse – also vermehrungsfähige und somit lebende -Viruspartikel. Das **Verhältnis von nachgewiesener RNA und infektiösen Viruspartikeln** beträgt nach eigenen Angaben des RKI **10:1 bis 100:1**.

Es ist also wahrscheinlich, dass von 100 Personen trotz eines positiven Genom-Nachweises durch den PCR-Test nur einige wenige Personen auch tatsächlich infektiöse Viruspartikel in sich tragen! **Die anderen 95 bis 98 positiv getesteten Personen sind nicht infektiös**!

Dies bestätigt sich auch in den Zahlen des RKI: Bei über 30 Millionen Testungen zeigten offensichtlich lediglich 750.000 typische Symptome einer Viruserkrankung, davon jedoch lediglich etwa 10.000 die schwere Folge einer Pneumonie.

Beweis: Auszug aus Epidemiologisches Bulletin 2/2021 vom 14. Januar 2021, vgl. Anlage 5.

Dies sind 2,5 Prozent! Nochmals: **Von allen 30 Millionen getesteten Personen wiesen nur 2,5 % Symptome auf, davon nur 0,03 % eine Pneumonie.**

Das RKI sagt:

„Der **Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms** stellt allerdings **keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit** eines Patienten dar, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist."

Damit trifft das RKI in seinem aktuellen epidemiologischen Bulletin 2/2021 folgende **drei wesentliche Aussagen**:

1. Zu testen ist zunächst ein „**Patient**" – dies ist eine Person mit Beschwerden oder Krankheitssymptomen – und **nicht** etwa **ein gesunder Mensch**.
2. Ein positiver PCR-Test trifft **keinerlei Aussage** über die Ansteckungsfähigkeit (= Infektiosität) eines Patienten.
3. Denn bei 100 positiven Tests besteht eine Wahrscheinlichkeit **bis zu 99 %, dass keine infektiösen Viruspartikel** nachgewiesen werden.

Damit kann allein ein positiver PCR-Test bereits nach Aussage des RKI keinen Krankheitserreger des SARS-CoV2-Virus i.S.d. § 2 Nr. 1 IfSG nachweisen.

2.2 Robert-Koch-Institut bestätigt die Notwendigkeit der Virusvermehrung

Notwendig ist vielmehr nach Erhalt eines positiven Testergebnisses eine **Virusvermehrung**, wie das RKI selbst fordert:

> *In klinischen Proben können infektiöse Viruspartikel **durch Virusvermehrung** in der Zellkultur nachgewiesen werden. Der Erfolg einer Anzucht ist abhängig von der Virusmenge. Die **Anzüchtbarkeit des Virus** aus Probenmaterial der Atemwege gilt als gegenwärtig **beste Näherung für die Einschätzung einer Ansteckungsfähigkeit**.*

Beweis: RKI Epidemiologisches Bulletin 39/2020 vom 24. September 2020, S. 8, wie vor.

Das RKI betont sodann nochmals, dass es – nach einem positiven PCR-Test - zwingend weiterer diagnostischer Schritte bedarf, um eine „mögliche“ Ansteckungsfähigkeit abzuschätzen.

> *Soll die quantitative PCR dazu verwendet werden, eine* ***mögliche Ansteckungsfähigkeit*** *eines SARS-CoV-2-infizierten Patienten* ***abzuschätzen****, erfordert es ferner die Korrelation der nachgewiesenen Genomanzahl mit der Anzahl replikationskompetenter Viruspartikel, bzw. der Wahrscheinlichkeit, mit der aus derselben Probe SARS-CoV-2 in der Zellkultur anzüchtbar ist. Dies kann durch systematische Vergleiche der Genomlasten und der* ***Anzüchtbarkeit der Viren*** *aus derselben klinischen Probe in Zellkultur abgeschätzt werden.*

Beweis: RKI Epidemiologisches Bulletin 39/2020 vom 24. September 2020, S. 9, wie vor.

2.3 Voraussetzungen des Ansteckungsverdachts nach RKI

Das RKI stellt somit folgendes zur Ansteckungsfähigkeit fest:

1. Allein der PCR-Test kann **keine Aussage** über eine Ansteckungsfähigkeit treffen.
2. Denn nachgewiesen wird **lediglich ein genomisches RNA**, nicht jedoch die zur Feststellung einer Infektion erforderlichen „infektiösen Viruspartikel“.
3. Erforderlich ist hierfür zusätzlich der **systematische Vergleich der Genomlasten.**
4. Erforderlich ist darüber hinaus die **Anzüchtbarkeit** (Vermehrung) der Viren aus derselben klinischen Probe in Zellkultur.
5. Selbst dann besteht nicht zwingend eine Ansteckungsfähigkeit, sondern lediglich eine „**Einschätzung**“ einer **möglichen Ansteckungsfähigkeit**.

2.4 Wie gut ist ein SARS-CoV-2 Testresultat?

Das RKI bestätigt sodann selbst, dass das Testresultat eine erschreckend schlechte Quote hat: Auf seiner Homepage beschreibt das RKI einen positiven Vorhersagewert von nur 28,78 %!

Das RKI formuliert die Frage wie folgt:

> ***Positiver Vorhersagewert****: Eine Person hat ein positives Testergebnis.*
> *Wie wahrscheinlich ist sie tatsächlich infiziert? 28,78 %*

Dies bedeutet zugleich, dass sogar nach Aussage des RKI **71,22 %** aller positiven Testergebnisse falsch **sind**!

Beweis: Auszug Homepage RKI „Wie gut ist ein SARS-CoV-2 Testresultat?“

Anlage 3.

Das Robert-Koch-Institut bestätigt auf seiner Homepage eine Fehlerquote für positive Testergebnisse von 71,22 %.

3. Die Weltgesundheitsorganisation zum PCR-Test

3.1 Bestätigung durch WHO am 14. Dezember 2020

Auch die Weltgesundheitsorganisation warnt vor dem erhöhten Risiko falscher Testergebnisse bei PCR-Tests. Daher werden Gesundheitsdienstleister dazu aufgefordert, bei positiven Testergebnissen auch klinische **Anzeichen** und **Symptome** zu berücksichtigen. Die WHO sagt klipp und klar:

> *Consider any positive result (SARS-CoV-2 detected) or negative result (SARS-CoV-2 not detected) in combination with specimen type (Testtyp), **clinical observations**, patient history and **epidemiological information**.*

Beweis: WHO Information Notice for IVD Users vom 14.12.2020 als

Anlage 4.

3.2 Weitere Warnung der WHO vom 20. Januar 2021

Die Weltgesundheitsorganisation hat mit einer weiteren Warnung vom 13. Januar 2021 - veröffentlicht am 20. Januar 2021 - die Gesundheitsdienstleister und Labore erneut darauf hingewiesen, dass bei positiven Testergebnissen – ohne entsprechende klinische Symptome – ein weiterer Test vorgenommen werden müsse und dringend auch typische klinische **Anzeichen** und **Symptome** zu berücksichtigen seien. Insbesondere sei die Viruslast umgekehrt proportional zum CT-Wert. Das bedeutet, dass bei einem hohen CT-Wert (vermutlich schon ab 25 CT) die Viruslast gering und immer geringer wird.

Die WHO stellt nochmals klar, dass der **PCR-Test lediglich ein Hilfsmittel** ist und jedes Ergebnis zwingend durch die **klinische Beobachtung**, die Patientengeschichte, weitere epidemiologische Information und den **Testtyp** zu untermauern ist:

> *WHO guidance Diagnostic testing for SARS-CoV-2 states that **careful interpretation of weak positive results is needed** (1). The cycle threshold (Ct) needed to detect virus is inversely proportional to the patient's viral load. Where test results do not correspond with the clinical presentation, a new specimen should be taken and retested using the same or different NAT technology.*
>
> *WHO reminds IVD users that disease prevalence alters the predictive value of test results; as disease prevalence decreases, **the risk of false positive increases** (2). This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as prevalence decreases, irrespective of the claimed specificity.*

*Most PCR assays are indicated as **an aid** for diagnosis, therefore, health care providers must consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information.*

Beweis: WHO Information Notice for IVD Users vom 20.1.2021 als

Anlage 5.

4. Bestätigung der Ungeeignetheit durch Hersteller und Experten

4.1 Aussage des Olfert Landt, Geschäftsführer von TIB Molbiol

Auch Olfert Landt, dessen Unternehmen Firma TIB Molbiol in Berlin (übrigens schon seit der ersten „SARS-Pandemie 2003 in Zusammenarbeit mit Christian Drosten) PCR-Tests zum angeblichen Nachweis des Coronavirus herstellt, bestätigt, dass „nur etwa die Hälfte der Corona-Infizierten" ansteckend seien. Er sagt in einem Interview mit der Fuldaer Zeitung unter dem Titel „Corona-Test (PCR): Hersteller Olfert Landt wünscht sich „mehr Mut" vom Robert-Koch-Institut:

*Nicht jede positiv auf das Coronavirus getestete Person ist auch ansteckend. „Wir wissen, dass Leute mit einer geringen Viruslast nicht infektiös sind", sagt Landt. Der Hersteller der PCR-Tests glaubt, dass **schätzungsweise die Hälfte aller positiv getesteten Personen nicht infektiös** seien. Um gefährlich für Dritte zu sein, müsse man „100-mal mehr Viruslast in sich tragen als die Nachweisgrenze der Tests.*

Beweis: Zeitungsartikel Fuldaer Zeitung vom 12.1.2021 als

Anlage 6.

Auch diese Aussage belegt, dass die PCR-Testungen – jedenfalls im Hinblick auf einen Virusnachweis, im Grunde unbrauchbar sind. Die Zahl von 50 % steht allerdings in **deutlichem Widerspruch** zur Aussage des **RKI, wonach nur zwischen 1 % bis**

10 % aller positiv getesteten Personen ansteckend sind. Es darf angenommen werden, dass die Gerichte dem führenden und maßgeblichen Institut des RKI mehr Glauben schenken, als einem Hersteller, der eigene Interessen verfolgt. Der Hersteller würde nämlich keine PCR-Tests mehr in der COVID-Zeit verkaufen, wenn die Labore und Kliniken wüssten, das seine Ergebnisse sogar eine sehr viel höhere Fehlerquote, nämlich von 72 % bis hin zu 99 % Fehlerquote haben.

Zumindest bestätigt jedoch der Hersteller selbst eine enorm hohe Fehlerquote von 50 %. Wenn und soweit die PCR-Tests mit lediglich 25 Zyklen durchgeführt werden, dann mag seine Aussage durchaus stimmen. Die meisten PCR-Tests werden jedoch mit 35 bis sogar 45 Zyklen (!!) durchgeführt. Damit ändert sich freilich die Aussage des Herrn Landt fundamental und dürfte nur noch 1 % an Infektionen betragen.

4.2 Aussage des Dr. Roger Hodkinson

Dr. Roger Hodkinson ist Pathologe und **Labormediziner** aus Kanada. Er ist darüber hinaus **Vorsitzender eines Biotechnologieunternehmens**, das den **Covid-19-Test ebenfalls verkauft** und damit eigene finanzielle Interessen verfolgt. Er sagt zu den Tests:

> *„Ich möchte betonen, dass es sich hier um mein berufliches Geschäft handelt. Ich möchte betonen, dass* ***positive Testergebnisse keine, ich wiederhole: keine klinische Infektion*** *bedeuten! Der Test treibt lediglich die öffentliche Hysterie an, das Testen muss sofort aufhören, außer für Menschen, die mit Atemwegsproblemen ins Krankenhaus kommen! Die Panik um Covid ist der größte Schwindel."*

Beweis: Artikel „Die Panik um Covid ist der größte Schwindel" aus Vitalstoff.Blog, vgl.

Anlage 7.

4.3 Bestätigung des RKI durch weitere Experten

Prof. Drosten, der ja das Robert-Koch-Institut und die Bundesregierung als einziger Chefvirologe beraten darf und auf den alleine die Regierung und die Massenmedien hören, hat die vorherigen Aussagen zum PCR-Test bereits im Jahre 2014 zutreffend bestätigt:

- **Aussage von Prof. Christian Drosten**, einem der **Entwickler des Sars-Cov2-PCR-Tests:**

  Ja, aber die Methode ist so empfindlich, dass sie ein einzelnes Erbmolekül dieses Virus nachweisen kann. Wenn ein solcher Erreger zum Beispiel bei einer Krankenschwester mal eben einen Tag lang über die Nasenschleimhaut huscht, ohne dass sie erkrankt oder sonst irgend etwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein Mers-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten. Auch so ließe sich die Explosion der Fallzahlen in Saudi-Arabien erklären. Dazu kommt, dass die Medien vor Ort die Sache unglaublich hoch gekocht haben.

  Interview in der Wirtschaftswoche vom 14.5.2014, damals zu Mers

- **Aussage von Kary Mullis**, Biochemiker, erhielt 1993 den **Nobelpreis** für Chemie gemeinsam mit Michael Smith **für die Entwicklung des PCR-Tests:**

  Der PCR-Test erlaubt dir, eine winzige Menge von Irgendetwas zu nehmen, dies messbar zu machen und dann es so darzustellen, als ob es wichtig wäre. Das ist eine falsche Interpretation. Der Test sagt nicht aus, ob man krank ist oder ob das, was „gefunden“ wurde, dir wirklich schaden würde.

  https://www.youtube.com/watch?v=p_cMF_s-fzc

- **Aussage von Dr. Mike Yeadon**, ehemals Wissenschaftsvorstand der Firma Pfizer:

  Die alleinige Verwendung eines PCR-Tests sagt nichts über das Vorhandensein einer Infektion aus. Der aktuelle Umgang mit PCR-Tests ist nicht geeignet, korrekte Ergebnisse hervorzubringen. Die positiven Testergebnisse sind nahezu zur Gänze falsch. Das ist Betrug. Dagegen muss geklagt werden.

  https://www.wochenblick.at/pfizer-vize-bekraeftigt-pcr-test-alleine-sagt-nichts-ueber-infektion-aus/

- **Aussage von Prof. Dr. Sucharid Bhakdi,** Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie:

  Auf die Behauptung des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit und Swissmedic zur aktuellen SARS-CoV-2 EindV „Absonderung"ID 19 Testung: „Mit dieser sehr empfindlichen Methode wird in Patientenproben spezifisch die Nukleinsäure eines Erregers nachgewiesen, was eine Infektion mit dem Erreger belegt." erwidert Prof. Bhakdi: „Das stimmt nicht. Auf gar keinen Fall. Das ist eine Lüge."

  https://www.wochenblick.at/pfizer-vize-bekraeftigt-pcr-test-alleine-sagt-nichts-ueber-infektion-aus/

- **Aussage von Prof. Dr. rer. hum. biol. Ulrike Kämmerer**, Universität Würzburg, Spezialgebiete Virologie und Immunologie

  Der PCR-Test zeigt nur die Nukleinsäuren an, NICHT das Virus, er kann KEINE Infektion nachweisen. Der PCR-Test kann NICHT nachweisen, ob das Virus replikationsfähig ist, sich in dem Wirt tatsächlich vermehrt und ob der Mensch damit ursächlich krank wird. Wenn beim PCR-Test auf der Oberfläche des Abstrichs diese Virus RNA ist, heisst das noch nicht, dass es in den Zellen drin ist und ob eine intakte vermehrungsfähige Viruslast vorhanden ist."

https://www.mimikama.at/aktuelles/pcr-test-coronavirus-nachweisen/
https://www.youtube.com/watch?v=Ymer59vTrSA

- **Aussage von Prof. Dr. med. René Gottschalk**, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, seit 2011 Leiter des Gesundheitsamtes in Frankfurt:

  *Bei niedriger Prävalenz in der Bevölkerung und umfangreicher Testung von asymptomatischen Personen wird man selbst bei angenommener hoher Sensitivität und Spezifität des Tests falsch positive Befunde erhalten. Der PCR-Test detektiert Genabschnitte von SARS-CoV2; er sagt nichts darüber aus, ob es sich um infektionsfähige Viren oder um Virusreste nach durchgemachter Infektion handelt***.**

  https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/137821

- **Aussage des Abgeordnetenhauses Berlin** auf die schriftliche Anfrage des Abgeordneten Marcel Luthe:

  „Soweit es auf das Vorhandensein „vermehrungsfähiger Viren“ ankommt: ist ein sogenannter PCR-Test in der Lage, zwischen einem „vermehrungsfähigen“ und einem „nicht-vermehrungsfähigen“ Virus zu unterscheiden?“ Schriftliche Antwort des Abgeordnetenhauses: „Nein“.

  Antwort des Abgeordnetenhauses Berlin vom 30.10.2020, Drs.18/25 212

- **Auszug aus der Packungsbeilage des cobas SARS CoV 2 PCR-Tests**:

  Zur Anwendung bei ***Patienten mit Anzeichen und Symptomen*** *einer möglichen SARS-CoV-2 EindV „Absonderung“ID-19-Erkrankung (z.B. Fieber und/oder andere Symptome akuter Atemwegserkrankungen).* ***Positive Ergebnisse*** *deuten auf das Vorhandensein von SARS-CoV2* ***RNA*** *hin,* ***aber nicht*** *unbedingt* ***auf das Vorliegen eines übertragbaren Virus****.*

  Zur Bestimmung des Patienteninfektionsstatus müssen sie in klinischer Korrelation zur Anamnese des Patienten und sonstigen diagnostischen Informationen gesehen werden. Positive Ergebnisse schließen eine bakterielle Infektion

oder Koinfektion mit anderen Viren nicht aus. Der nachgewiesene Erreger ist eventuell nicht die definitive Ursache der Erkrankung.

Tatsächlich gibt es **keinen einzigen Test**, der das **SARS-CoV2 Virus** und eine Infektion mit diesem Virus **nachweisen** kann!

4.4 Falsche Behauptung der Leopoldina

In einem Beschluss des Verwaltungsgerichts München, in dem es um die Rechtmäßigkeit einer Quarantäne-Anordnung gegenüber einer gesunden Schülerin ging, verwies das Gericht auf eine Aussage, die Mitglieder der **Leopoldina**, der **Nationalen Akademie der Wissenschaften** in der 6. Ad-hoc-Stellungnahme der Leopoldina vom 23. September 2020 getätigt haben. Dort heißt es auf Seite 6:

„Der Nachweis von Virus-RNA durch die RT-PCR ist gleichbedeutend mit einer Infektion der positiv getesteten Person."

Beweis: 6. Ad-Hoc-Stellungnahme vom 23.9.2020, Seite 6 als

Anlage 8.

Aufgrund dieser Aussage einer angeblichen „Wissenschaftsakademie" wurde beispielsweise die **Quarantäne-Anordnung gegen eine gesunde Schülerin** in einem Eilverfahren **bestätigt**, vgl. VG München, ablehnender Beschluss vom 4. Dezember 2020 - M 26b S 20.6199. Hiergegen hat die Unterzeichnerin das Hauptsacheverfahren eingeleitet, welches noch anhängig ist.

In der 6. Ad-hoc-Stellungnahme vom 23. September 2020 waren zwar 20 Literaturnachweise angegeben. Ein wissenschaftlicher Nachweis für die Behauptung „*Der Nachweis von Virus-RNA durch die RT-PCR ist gleichbedeutend mit einer Infektion der positiv getesteten Person*" fehlte hierbei allerdings vollständig.

Angesichts der Bedeutung dieser Aussage - für inzwischen millionenfache beispiellose Quarantäne-Anordnungen der Gesundheitsämter auf Basis nur von positiven PCR-

Tests, sowie für die Berechnung des Inzidenzwerts nur auf Basis von PCR-Tests - **baten über 50 Anwälte die Mitglieder der Arbeitsgruppe der Leopoldina um eidesstattliche Versicherung der folgenden Aussage:**

> *„Die seit März 2020 millionenfach durchgeführten PCR-Tests sind imstande, ein vermehrungsfähiges SARS-CoV2-Virus, also einen Krankheitserreger im Sinne des § 2 Nr. 1 IfSG und damit eine akute Infektion im Sinne des § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 44a IfSG nachzuweisen."*

Beweis: 4. Offener Brief der Anwälte für Aufklärung vom 12.12.2020 als

Anlage 9.

4.5 Keine Reaktion der „Wissenschaftler"

Eine Antwort ist bis zum erbetenen Zeitpunkt (19.12.2020 und auch bis heute) nicht erfolgt. Offensichtlich war niemand der Professoren bereit, die **nachweislich falsche Behauptung**, der PCR-Test könne eine Infektion nachweisen, wissenschaftlich zu belegen oder gar eidesstattlich zu versichern. Dies ist bemerkenswert: Man behauptet also frech irgendetwas, übernimmt aber keine Verantwortung dafür. Immerhin hat man die Ehre, von der (damaligen) Bundeskanzlerin als „wissenschaftlicher Maßstab" für die Corona-Maßnahmen zitiert zu werden. Da kann man schon mal einfach was ins Blaue hinein behaupten, da braucht es offensichtlich keinerlei wissenschaftliches Fundemant und erst recht kein Ethos mehr. Irgendwelche falschen Behauptungen reichen inzwischen aus.

5. Die Konsequenzen aus der Unbrauchbarkeit des PCR-Tests

5.1 Corona – Geschichte eines Test-Betrugs?

Es wurde hinreichend dargelegt, dass der PCR-Test zwar ein hervorragendes molekularbiologisches Diagnosetool ist – er kann jedoch keine akute Infektion nachweisen. Er kann auch keine Aussage darüber treffen, ob ein Mensch erkrankt ist oder andere anstecken kann. Selbst eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus ist

noch lange keine Krankheit, wie der Präsident der Hamburger Ärztekammer, Walter Plassmann, feststellte.

Beweis: Pressemitteilung vom 2.11.2020 „Corona – Geschichte eines Test-Betrugs?“ als

Anlage 10.

5.2 FDA entzieht 229 PCR-Tests die Zulassung

Auch die FDA (US-Food and Drug Administration) hat in der Zwischenzeit die hieraus nötigen Konsequenzen gezogen. Die FDA ist die Lebensmittelüberwachungs- und **Arzneimittelbehörde** der Vereinigten Staaten. Als solche ist sie dem **amerikanischen Gesundheitsministerium unterstellt**.

Sie hat am 3. Februar 2021 eine Warnung unter dem Titel **„Removal Lists of Tests that Should No Longer Be Used and/or Distributed for COVID-19**” auf der Homepage veröffentlicht. Dort sind 229 verschiedene PCR-Testverfahren auf 20 Seiten gelistet, die **nicht mehr** verwendet werden sollen. (!!)

Beweis: Seite 1 der Warnung der FDA „Removal Lists of Tests that Should No Longer Be Used and/or Distributed for COVID-19”, als

Anlage 11.

abrufbar unter: https://www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-covid-19-and-medical-devices/removal-lists-tests-should-no-longer-be-used-andor-distributed-covid-19-faqs-testing-sars-cov-2

5.3 Antrag auf Rückzug der Corman-Drosten-PCR-Studie

Im Gegensatz zu den Behauptungen auf der Homepage des RKI kann der PCR-Test aus den vorgenannten Gründen freilich **nicht seriös** als **„Goldstandard“**

bezeichnet werden, jedenfalls nicht im Hinblick auf den Nachweis akuter Infektionen, ganz im Gegenteil.

Prof. Drosten, der Chef-Berater des RKI und der Regierung hat zwar die Studie „Detection of 2019 novel coronavirus“ für die Etablierung des SARS-CoV-2- PCR-Tests mit Corman et. al mitverfasst (8 S.)

vgl. Anlage 12.

In der Zwischenzeit haben jedoch 22 renommierte, internationale WissenschaftlerInnen diese Studie einem unabhängigen Peer Review-Prozess unterzogen und kommen dabei **zu einem vernichtenden Urteil: Die Studie enthält neun gravierende wissenschaftliche Fehler sowie drei kleinere Ungenauigkeiten.**

Daher haben die WissenschaftlerInnen den **Antrag auf Rückzug der Studie** am 27. November 2020 beim **Journal Eurosurveillance** eingereicht. (Pikanterweise ist Prof. Drosten selbst Herausgeber des Magazins, das die Veröffentlichung, die erst am 21. Januar 2020 eingereicht worden war, einem offenbar nur oberflächlichen Review-Prozess unterzogen hatte. Bereits zwei Tage später wurde die Studie in absoluter Rekordzeit veröffentlicht.)

5.4 Die Kritikpunkte an der Corman-Drosten-Studie

1. Das **Design der Primer ist unzureichend: ungenaue Basenzusammensetzung, zu niedriger GC-Gehalt, zu hohe Konzentrationen im Test.** Die einzige wissenschaftlich relevante **PCR (N-Gen)** wird zwar dargestellt, ist aber **nicht überprüft** und wird zudem **nicht von der WHO für die Testung empfohlen**.

2. Die **Anbindungstemperatur ist zu hoch** gewählt, so dass eine unspezifische Anbindung gefördert wird, wodurch auch andere Gensequenzen als die von SARS-CoV-2 erfasst werden können.

3. Die **Anzahl der Zyklen wird im Papier mit 45 angegeben**, eine Schwelle, bis zu der die Reaktion als echt positiv gewertet wird, ist für den CT-Wert nicht definiert**. Allgemein ist bekannt, dass PCR-Tests ab einer Zyklenzahl oberhalb von 30 regelmässig keine Rückschlüsse mehr auf eine Kontamination der Probe mit dem gesuchten Virus zulassen.**

4. Es wurde **keine biomolekulare Validierung** durchgeführt, daher gibt es **keine Bestätigung, dass die Amplifikate echt sind**, wirklich entstehen und auch die gesuchte Sequenz nachweisen.

5. Es wurden **weder positive noch negative Kontrollen mit Blick auf die Virusdetektion** durchgeführt.

6. Es sind **keine standardisierten Handhabungsanweisungen verfügbar, die eine Testwiederholung in Anwenderlaboren zu immer gleichen Bedingungen sicherstellen würde.**

7. Durch den **unpräzisen Versuchsaufbau** besteht die **Gefahr falsch-positiver Ergebnisse.**

8. Angesichts des sehr kurzen Zeitraums zwischen Einreichung und Veröffentlichung der Studie, ist es sehr **unwahrscheinlich, dass ein Peer-Review-Prozess überhaupt stattgefunden hat**. Wenn ein Peer Review stattgefunden hat, so war er **unzureichend**, weil die **aufgezeigten Fehler, einschliesslich formaler Fehler, nicht gefunden** worden sind.

9. Es gibt **massive Interessenkonflikte** bei mindestens vier der Autoren zusätzlich zu der Problematik, dass zwei der **Autoren (Prof. Drosten und Chantal Reusken) dem Herausgebergremium von Eurosurveillance angehören**. Am 29. Juli 2020 wurden zwei Interessenkonflikte offengelegt: Olfert Landt ist Geschäftsführer der TIB Molbiol, Marco Kaiser ist Senior Researcher bei GenExpress und wissenschaftlicher Berater der Firma TIB Molbiol. Diese **Interessenkonflikte sind in der Originalfassung der Studie nicht erklärt worden**, sie fehlen weiterhin in der auf PubMed veröffentlichten Version. TIB Molbiol ist die Gesellschaft, die angabegemäss die “erste” war, die die PCR-Kits hergestellt hat (Light Mix) auf der Basis des im Gorman-Drosten Manuskript veröffentlichten Protokolls. Nach eigener

Darstellung hat die Firma die Test-Kits bereits vertrieben, bevor die Studie zur Einreichung gelangt war.

Victor Corman und Prof. Drosten haben es unterlassen, ihre Zwei-Affiliation anzugeben: sie arbeiten nicht nur an der Charité Körperschaft öffentlichen Rechts sondern auch in der Labor Berlin Charité Vivantes GmbH. Im Labor, das real time PCR-Tests durchführt, sind sie für die Virusdiagnostik zuständig.

Beweis: Auszug aus dem „Corman-Drosten-Überprüfungsbericht (12 S.) als

Anlage 13.

Abrufbar unter: https://www.airvox.ch/gesundheit/der-corona-skandal-22-wissenschaftler-fordern-rueckzug-der-drosten-pcr-test-studie/

5.5 Die Notwendigkeit weiterer Diagnostik

5.5.1 PCR-Test unterscheidet nicht zwischen SARS-CoV-2- und Grippeviren

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass der PCR-Test auch nicht zwischen COVID19-Viren und anderen Viren unterscheiden kann. Der fraktionslose Abgeordnete Andreas Wild stellte am 22.12.2020 folgende **schriftliche Anfrage** an die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung:

> *„Medien berichten, das französische Diagnostikunternehmen Biomerieux hat nach eigenen Angaben die Zertifizierung für den Verkauf eines Tests erhalten, mit dem eine Coronvirus-Erkrankung von einer Grippe unterschieden werden kann. Bedeutet dies, dass mit dem bisherigen PCR-Tests eine solche Unterscheidung nicht möglich ist?*

Die **Antwort der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit vom 13.1.2021** lautete wie folgt:

„Ein PCR-Test kann generell nur das Erbgut eines bestimmten Virus bzw. Bakteriums hochspezifisch nachweisen. Eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Viren bzw. Bakterien ist damit nie möglich, sondern jeder differentialdiagnostisch in Frage kommende Keim muss durch einen spezifischen Labortest ***gesondert getestet*** *werden.“*

Beweis: Schriftliche Anfrage Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 18/25991 als

Anlage 14.

5.5.2 Ähnliche Symptome bei Grippe und Corona

Laien können die Symptome einer Grippe meist schlecht von denen einer Covid-19-Erkrankung unterscheiden. Bei Verdacht auf Corona ist entscheidend, ob es mögliche Kontakte zu Erkrankten gibt oder gab.

Zu den **Hauptsymptomen von Covid-19** zählen Fieber, trockener Husten und Atemnot. Es kann zu Atemproblemen bis hin zu einer Lungenentzündung kommen. Typische Erkältungssymptome wie Schnupfen und Niesen treten im Vergleich seltener auf.

Zu den **Hauptsymptomen der saisonalen Grippe** zählen plötzlich einsetzendes, oft hohes Fieber und auch ein starkes Krankheitsgefühl ist typisch. Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen sind regelhaft vorhanden. Kommt es zu einer Lungenbeteiligung, die in einer pandemischen Grippe häufiger sein wird, dann haben die Patienten auch trockenen Husten und Luftnot. Ganz ähnlich wie bei Covid-19, kann der Verlauf aber sehr variabel sein.

Den deutlichsten Unterschied zwischen Covid-19 und Grippe stellt die Geruchs- und Geschmacksstörung dar, die bislang so eindeutig bei der Grippe nicht beobachtet wurde.

Selbst bei den schweren Folgen des SARS-CoV-2 Virus und des Influenza-Virus, nämlich der **Lungenentzündung**, ist nach einer amerikanischen Studie des American Journal of Radiology ein **signifikanter Unterschied** in den Lungen **nicht feststellbar**. Vielmehr ist es selbst bei Röntgenaufnahmen schwierig, zwischen SARS-CoV-2 und Influenza zu unterscheiden.

Beweis: CT Manifestations of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia and Influenza Virus Pneumonia: A Comparative Study, Januar 2021, American Journal of Radiology als

Anlage 15.

Abrufbar unter: https://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/AJR.20.23304

5.5.3 Diagnostischer Ausschluss des Grippevirus zwingend erforderlich

Der **diagnostische Ausschluss anderer Infektionen**, etwa Grippe oder Rhinovirus, ist **zwingend erforderlich**, weil sich die **Symptome sehr ähneln**. Auch die Verläufe der Infektion ähneln sich – ebenso wie die Gefahr schwerer Verläufe durch Lungenentzündungen. Auch die Sterblichkeitsrate ist bei SARS-CoV-2 und Influenza vergleichbar.

Bei Grippeviren oder anderen Viren werden die Menschen jedoch nicht absurden AHA-Regelungen, mit Lockdowns, Schließung von Geschäften, Museen, Schwimmbädern, Kontaktverboten, Mindestabständen, Maskenpflicht, Ausgangssperren, Tanz- und Singverboten und vielem mehr gequält.

Influenza und COVID19 ähneln sich zum Verwechseln.
Aber bei Grippe gibt es keinen Lockdown, keine Quarantäne, keine Bußgelder. Daher muss eine COVID19-Erkrankung peinlichst genau diagnostiziert werden.

5.6 Grober Verstoß gegen den ausdrücklichen Gesetzeswortlaut

Nachdem der PCR-Test einen Krankheitserreger im Sinne des § 2 Nr. 1 IfSG also unter keinen Umständen nachweisen kann, liegen auch die Voraussetzungen des § 2 Nr. 7 IfSG nicht vor: Denn **Ansteckungsverdächtiger** ist nur eine Person, von der **anzunehmen** ist, dass sie **Krankheitserreger aufgenommen** hat. Eine solche Annahme kann eben gerade nicht auf Basis des PCR-Tests getroffen werden, da dieser **keine Viruslast** nachweisen kann. Dies gilt insbesondere für Tests mit **mehr als 25**

Zyklen, da bei mehr als 25 Zyklen sogar **kleinste Virusschnipsel** nachweisbar sind, die jedoch nicht auf eine Infektion hinweisen. Die meisten PCR-Tests, insbesondere der „Drosten-Test" werden jedoch mit **35 bis hin zu 45 Zyklen** durchgeführt und haben damit **null Aussagekraft**. Erst recht kann auf den PCR-Test **kein „Krankheitsverdacht**" i.S.d. § 2 Nr. 5 IfSG gestützt werden.

Hier nochmals die Aussage des virologischen Experten Christian **Drosten**:

> *Ja, aber die Methode ist so empfindlich, dass sie ein einzelnes Erbmolekül dieses Virus nachweisen kann. Wenn ein solcher Erreger zum Beispiel bei einer Krankenschwester mal eben einen Tag lang über die Nasenschleimhaut huscht, ohne dass sie erkrankt oder sonst irgend etwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein Mers-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten. Auch so ließe sich die Explosion der Fallzahlen in Saudi-Arabien erklären. Dazu kommt, dass die Medien vor Ort die Sache unglaublich hoch gekocht haben.*

Die Aussage von Drosten wird sehr anschaulich dadurch bestätigt, dass die meisten positiv getesteten Personen weder krank sind noch irgendwelche Symptome haben, also asymptomatisch sind. Aber asymptomatische Personen sind nicht infektiös! Denn wer nicht hustet oder niest, ist schlichtweg keine Virenschleuder! Und selbst wenn er hustet oder niest, verbreitet er keinen Killervirus!

Wenn also der **PCR-Test** schon **keinen Krankheitserreger** nachweisen kann, dann kann er freilich auch nicht „die **Aufnahme** des Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung und Vermehrung im menschlichen Körper", also eine **Infektion** im Sinne der Legaldefinition des § 2 Nr. 2 IfSG nachweisen.

Erst recht kann der PCR-Test **keine „akute" Infektion** im Sinne des § 7 Abs. 1 S. 1 IfSG nachweisen. Eine solche „akute Infektion" liegt in den allermeisten Fällen schon deshalb nicht vor, weil fast ausschließlich **gesunde Menschen getestet** werden.

6. Die massiven Gesetzesverletzungen der beteiligten Institutionen

Vielen der beteiligten Institutionen sind im Hinblick auf die Testungen massive Gesetzesverstöße vorzuwerfen.

6.1 Verletzung der Meldepflicht durch die Labore nach § 7 Abs. 1 IfSG

Die Labore begehen mit der namentlichen Übermittlung von positiven PCR-Testergebnissen an das Gesundheitsamt eine **Ordnungswidrigkeit** nach § 73 Abs. 1a Nr. 2 IfSG:

> *Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig*
> *entgegen § 7 … eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig,* ***nicht in der vorgeschriebenen Weise*** *macht.*

Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer **Geldbuße bis zu 25.000,- €** geahndet werden. Eine entsprechende **Anzeige gegen das jeweilige Labor** kann bei der zuständigen Behörde, im Zweifel beim Regierungspräsidium von allen betroffenen Personen gestellt werden. Dies wird von nun an konsequent geschehen müssen, um dem millionenfachen Verstoß gegen die Meldepflicht ab sofort ein Ende zu setzen.

Die Labore sind zwar zur namentlichen **Meldung des Krankheitserregers SARS-CoV-2 verpflichtet**, § 7 Abs. 1 Nr. 44a IfSG. Eine namentliche Meldung an das Gesundheitsamt darf **aber nur dann** erfolgen, wenn das Laborergebnis auf eine „**akute Infektion**“ hinweist.

§ 7 Abs. 1 IfSG lautet:

> *Namentlich ist bei folgenden Krankheitserregern, soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, soweit die Nachweise auf eine* ***akute Infektion*** *hinweisen:*

Die Verfasserin hat hier dargelegt – insbesondere unter **Hinweis auf das RKI** selbst,

1. dass der PCR-Test nicht imstande ist, ein vermehrungsfähiges SARS-CoV-2-Virus im Sinne des § 2 Nr. 1 IfSG nachzuweisen.
2. dass eine **Näherung der Einschätzung der Ansteckungsfähigkeit** nach Aussage des RKI nur durch die Anzüchtbarkeit, also durch die Vermehrung des SARS-CoV-2-Virus möglich ist.
3. dass schließlich zwingend durch **weitere Ausschlussdiagnostik** auszuschließen ist, dass ein Patient mit Symptomen nicht an anderen Influenzaviren, etwa Grippevirus oder Rhinovirus erkrankt ist.

Erst wenn diese gesamte Diagnostik bei einem Patienten mit Symptomen durchgeführt und tatsächlich ein **vermehrungsfähiges SARS-CoV-2-Virus** entdeckt wurde, ist ein Labor nach § 7 Abs. 1 IfSG berechtigt und verpflichtet, dem Gesundheitsamt eine namentliche Meldung zu machen. Andernfalls verstößt das Labor gegen § 7 IfSG. Die Weitergabe eines positiven PCR-Tests, der nur eine SARS-CoV-2 **RNA** nachweist, entspricht diesen Kriterien unter keinen Umständen.

6.2 Verstoß der Labore gegen den Datenschutz

Die **Labore** verstoßen damit zugleich gegen den Datenschutz und machen sich **haftbar** nach den **Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung**. Die betroffenen Personen können gegen das Labor entsprechende **Schadensersatzansprüche** nach § 82 DSGVO geltend machen.

> *„Jede Person, der wegen eines Verstoßes gegen diese Verordnung ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden ist, hat Anspruch auf **Schadenersatz** gegen den Verantwortlichen oder gegen den Auftragsverarbeiter.*

6.3 Verstoß der Labore gegen die ärztliche Schweigepflicht

Mit der unbefugten Weitergabe von Daten an das Gesundheitsamt verstoßen die Labore ferner gegen die **ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB**:

> *Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.*

Auch ein Verstoß gegen die Schweigepflicht berechtigt zu **Schadensersatzansprüchen** nach § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 203 StGB.

6.4 Verstoß der Gesundheitsämter gegen ihre gesetzlichen Pflichten

Auch die Leiter der Gesundheitsämter verstoßen massiv gegen ihre Pflichten aus dem Infektionsschutzgesetz. Denn die Gesundheitsämter sind gerade bei übertragbaren Krankheiten gesetzlich dazu verpflichtet, die nach § 25 IfSG notwendigen Ermittlungen durchzuführen.

§ 25 IfSG lautet:

> *(1) Ergibt sich oder ist anzunehmen, dass jemand krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider ist oder dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so stellt das **Gesundheitsamt** die **erforderlichen Ermittlungen** an, insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit.*
>
> *(2) Für die Durchführung der Ermittlungen nach Absatz 1 gilt § 16 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2, 3, 5 und 8 entsprechend. Das Gesundheitsamt kann eine im Rahmen der Ermittlungen im Hinblick auf eine bedrohliche übertragbare Krankheit erforderliche Befragung in Bezug auf die Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit unmittelbar an eine dritte Person, **insbesondere an den behandelnden Arzt**, richten, wenn eine Mitwirkung der betroffenen Person oder der nach § 16 Absatz 5 verpflichteten Person nicht oder nicht rechtzeitig möglich ist; die dritte Person ist in entsprechender Anwendung von § 16 Absatz 2 Satz 3 und 4 zur Auskunft verpflichtet.*

(3) Die in Absatz 1 genannten Personen können durch das Gesundheitsamt vorgeladen werden. Sie können durch das Gesundheitsamt verpflichtet werden,

*1. **Untersuchungen** und Entnahmen von Untersuchungsmaterial an sich vornehmen zu lassen, insbesondere die erforderlichen äußerlichen Untersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Tuberkulintestungen, **Blutentnahmen** und Abstriche von Haut und Schleimhäuten durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden, sowie*

2. das erforderliche Untersuchungsmaterial auf Verlangen bereitzustellen. Darüber hinausgehende invasive Eingriffe sowie Eingriffe, die eine Betäubung erfordern, dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen vorgenommen werden; § 16 Absatz 5 gilt nur entsprechend, wenn der Betroffene einwilligungsunfähig ist. Die bei den Untersuchungen erhobenen personenbezogenen Daten dürfen nur für Zwecke dieses Gesetzes verarbeitet werden.

Eine solche Ermittlung ist den Gesundheitsämtern auch zumutbar. Denn bei korrekter Meldung von nachgewiesenen Krankheitserregern durch die Labore im Sinne der §§ 7 Abs. 1 und 2 Nr. 1 IfSG wird es nur noch sehr wenige echte „Infizierte" geben. Diese werden zumeist auch **nur leichte Symptome** der Corona-Erkrankung haben (wie etwa damals Jens Spahn). Wer wirklich krank ist, wird dann ohnehin ambulant ärztlich oder gar stationär in den Kliniken behandelt.

Die Gesundheitsämter haben jedoch **in keinem einzigen Fall jemals eine Ermittlung** nach § 25 IfSG durchgeführt! Auch dies ist beispiellos in der Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland.

7. Der Testskandal weitet sich weltweit aus

Die Zahl der Experten, die PCR-Massentests als leichtsinnig und unsinnig, wenn nicht gar kriminell anprangern, nimmt zu. Denn – wie dargestellt – können PCR-Tests nicht zwischen „lebenden" Viren und inaktiven (nicht infektiösen) Viruspartikeln unterscheiden und können daher nicht als diagnostisches Hilfsmittel eingesetzt werden. Sie können auch nicht bestätigen, dass SARS-CoV-2 der Erreger der klinischen Symptome ist, da der Test Krankheiten, die durch andere bakterielle oder virale Erreger verursacht werden, nicht ausschließen kann.

Die Tests haben außergewöhnlich hohe Falschbefundraten. Je höher die Zyklusschwelle (CT) – d. h. die Anzahl der Amplifikationszyklen, die zum Nachweis von RNA-Partikeln verwendet werden – desto größer ist die Chance eines falsch positiven Ergebnisses. **Ab 34 Zyklen** sinkt die Chance, dass ein positiver PCR-Test ein echtes Positiv ist, auf Null.

Florida war daher der erste Staat, der von allen Laboren im Staat verlangte, die für ihre PCR-Tests verwendeten CTs anzugeben.

Der SARS-CoV-2 PCR-Test wurde auf der Grundlage einer von chinesischen Wissenschaftlern veröffentlichten genetischen Sequenz entwickelt, nicht des Virusisolats. Fehlender genetischer Code wurde einfach erfunden

Positive Reverse-Transkriptions-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR)-Tests wurden als Rechtfertigung dafür verwendet, große Teile der Welt viele Monate lang abgeschottet zu halten. Nicht verlässliche Hospitalisierungs- oder Todesraten, sondern einfach nur positive PCR-Testzahlen – von denen ein großer Teil von Menschen stammt, die keine Symptome einer tatsächlichen Krankheit haben – sind die Auslöser für die Lockdowns.

Nun melden sich immer mehr Experten zu Wort, die die massenhaften PCR-Tests als töricht und unsinnig, wenn nicht gar kriminell anprangern. Und warum? Weil wir jetzt feststellen, dass PCR-Tests selten etwas wirklich Brauchbares aussagen, zumindest nicht, wenn sie so eingesetzt werden, wie sie bisher eingesetzt wurden.

Beweis: Artikel „COVID-Testskandal weitet sich weltweit aus“ v. 18.12.2020 als

Anlage 16.

8. Weitere Studien zum PCR-Test

8.1 Molekularbiologisches Sachverständigengutachten Prof. Kämmerer

All dies wird bestätigt durch ein weiteres molekularbiologisches Sachverständigengutachten der Expertin Prof. Ulrike Kämmerer vom 23.04.2021. „**Zur Beweisfrage - Welche Aussagekraft zur Erkennbarkeit einer Infektion mit dem Coronavirus SARS CoV 2 liefern der RT qPCR Test und die derzeit verwendeten Schnelltests**?“, vgl.

Anlage 17.

Prof. Ulrike Kämmerer ist Diplom Biologin (Virologie/Molekularbiologie), Dr. rer. hum. biol, (Humanbiologie) mit Habilitation für den Schwerpunkt Reproduktionsimmunologie.

8.2 Aktuelle Studie der Universität Duisburg Essen

Eine weitere **aktuelle Studie der Universität Duisburg Essen** zeigt nach Auswertung von 190.000 PCR-Testergebnissen, dass die PCR-Testergebnisse allein nicht ausreichend sind für die Verhängung von Pandemiemaßnahmen.

Denn nach der Untersuchung, die im renommierten „Jounal of Infection" am 31.5.2021 publiziert wurde, beweisen positive Testergebnisse nicht hinreichend, dass mit SARS-CoV-2-Infizierte andere Personen mit dem Corona-Virus anstecken können.

Als Ergebnis wurde festgestellt, dass bei etwa durchschnittlich 60 bis hin zu 80 % der Getesteten solch hohe Ct-Werte nachgewiesen wurden, dass diese Personen sehr wahrscheinlich nicht mehr ansteckend waren.

Beweis: Meldung UDE v. 18.6.2021 und Studie UDE v. 30.5.2021 als

Anlage 18.

sowie

Beweis: „The performance of the SARS-CoV-2 RT-PCR test as a tool for detecting SARS-CoV-2 infection in the population - Journal of Infection" als

Anlage 19.

Damit wären die Inzidenzwerte um bis zu 80 % falsch berechnet worden. Hätte der Inzidenzwert beispielsweise 200/100.000 betragen, so läge die tatsächliche Inzidenz – allein auf Basis der aussagelosen PCR-Tests – lediglich bei 40/100.000. Diese Inzidenz darf jedoch niemals Grundlage für irgendeine Corona-Maßnahme sein, denn eine **Inzidenz vom 50/100.000** ist nach der **Definition der EU und des Bundesgesundheitsministeriums eine „seltene Erkrankung"**. Seltene Erkrankungen berechtigen niemlas zu diesen unglaublichen fundamentalen Grundrechtseingriffen, wie die Menschen in Deutschland dies seit April 2020 erleiden müssen

– niemals! Eine seltene Erkrankung ist keine Seuche, keine Pest, keine Cholera, kein Ebola!

Auch diese Studien belegen, was seit dem Frühling 2021 von verschiedenen Wissenschaftlern und Experten analysiert, aufgearbeitet und auch von der Verfasserin seit November 2021 in unzähligen Gerichtsverfahren vorgetragen wird: Der PCR-Test wird missbraucht und ist ungeeignet zur Feststellung einer jedweden Infektion, somit auch einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus.

9. Bestätigung der Untauglichkeit durch Dr. Anthony Fauci

Zuletzt hat Dr. Anthony Fauci, der Chef des **National Institute of Allergy and Infectious Diseases** (**NIAID**) und Berater der US_Regierungen, genau dies alles beim amerikanischen Fernsehsender MSNBC aktuell am 30 Dezember 2021 bestätigt:

"Covid Tests Don't Do What You Think They Do, Dr. Fauci Explains"

Fauci erläutert unter anderem die Verkürzung der Quarantäne-Dauer auch mit den Unsicherheiten des PCR-Tests und der Schnelltests wie folgt:

> *„Die einzige Art und Weise, ob es (das Virus) übertragbar ist, ist nur möglich, wenn man nachweisen kann, dass ein lebendes vermehrbares Virus in dir ist. Und der PCR-Test kann dies nicht feststellen. Der PCR-Test stellt nicht das Vorliegen oder Fehlen des Virus fest. Das Virus kann tot sein oder inaktiv und folglich nicht übertragbar. Deshalb ist es vollkommen verständlich, warum die Menschen darüber in Verwirrung geraten können.“*

Dr. Fauci bestätigt somit alles, was in diesem Gutachten dargelegt wurde. Diese Erkenntnisse sind freilich nicht neu, sie sind altbekannt. Dr. Fauci wusste von Anfang an, dass der PCR-Test eine akute Infektion nicht nachweisen kann und dass Menschen mit positivem PCR-Test keinesfalls ansteckend sind – und im Zweifel auch nur in etwa einem Prozent der Fälle tatsächlich ansteckend sind.

Nicht nur Dr. Fauci weiß dies, alle medizinischen Experten in Deutschland und weltweit wissen dies, erst recht die Laborärzte, die Virologen und die Klinikärzte.

10. Zusammenfassung

1. Der PCR-Test ist ein nobelpreisgekröntes Diagnostik-Instrument. Er kann winzigste Teilchen und Substanzen nachweisen, die allerdings einer richtigen Interpretation zugeführt werden müssen.
2. Die Interpretation, wonach ein positiver PCR-Test bei gesunden Menschen ohne Symptome eine akute Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus bestätige, ist jedoch nachweislich falsch, wie nicht nur Prof. Drosten, sondern schon der Erfinder des PCR-Tests klarstellte. Denn der PCR-Test unterscheidet nicht zwischen toten und lebenden Viren.
3. Für den Nachweis einer akuten Infektion mit einem Virus braucht es ein vermehrungsfähiges lebendiges Virus, welches in einem weiteren komplizierten Testverfahren angezüchtet werden muss.
4. Sodann muss überprüft werden, welches konkrete Virus konkrete Symptome ausgelöst hat, da die Corona-Maßnahmen einzig und allein auf das SARS-CoV-2-Virus gestützt werden, nicht jedoch auf das Grippevirus oder andere Viren. Der PCR-Test unterscheidet aber nicht zwischen den verschiedenen Viren.
5. Diese weiteren zwingenden Diagnose-Maßnahmen sind nie erfolgt.
6. Damit wird der PCR-Test seit April 2020 in medizinisch beispielloser Weise für Zwecke missbraucht, die nichts mit der Corona-Krankheit und auch nichts mit Gesundheitsschutz zu tun haben.
7. Das Infektionsschutzgesetz wurde ebenfalls in beispielloser Weise verletzt und zur Durchsetzung der maßlosesten Grundrechtsverletzungen missbraucht, die es in der Bundesrepublik Deutschland je gegeben hat.
8. Der PCR-Test ist damit der Dreh- und Angelpunkt eines weltweiten Medizinbetruges und Machtmissbrauchs in ungeheuerlichem Ausmaß.
9. Die Testungen (Schnelltests und PCR-Tests) müssen sofort eingestellt werden.
10. Alle Verantwortlichen sind zur Rechenschaft zu ziehen.

Beate Bahner

B. Bahner

fachanwältin für medizinrecht